



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"  
CASERTA

---

Modulo 4 – C.T.P.

Al **Direttore U.O.C. Affari Generali**  
SEDE

**OGGETTO:** Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di Consulenza Tecnica di Parte.

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in  
servizio presso questa Azienda Ospedaliera con la qualifica di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ e con Matricola \_\_\_\_\_ consapevole di  
quanto previsto dalla normativa vigente in materia di compatibilità con il regime di impiego

### CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere l'incarico di Consulente Tecnico di Parte, avente natura occasionale,  
conferito da \_\_\_\_\_ e di cui si allega la documentazione di nomina.

L'incarico ricevuto avrà luogo il giorno/i \_\_\_\_\_ (salvo eventuale rinvio)  
con un impegno previsto di n° ore \_\_\_\_\_ articolate su n° \_\_\_\_\_ giornate lavorative.

L'Importo previsto che verrà corrisposto per tale attività è di € \_\_\_\_\_.

Dichiaro che l'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività lavorativa e che verrà  
svolto al di fuori dell'orario di servizio (**articolo n.53 del Decreto Legislativo 165/2001**).

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"  
CASERTA

---

*\*La firma del Responsabile del Dipartimento/Unità Operativa di appartenenza, attesta la mancanza di conflitto di interessi tra la prestazione da espletare e le attività istituzionali svolte dal dipendente presso la struttura di appartenenza.*

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma e Timbro \_\_\_\_\_  
(Superiore Gerarchico)

***Informativa:** Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del Procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano, titolare del trattamento.*

*All'interessato competono i diritti di cui al Decreto Legislativo 198/2003.*

**Avvertenze:**

- *Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)*
- *Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)*
- *Si attesta che l'attività oggetto della presente richiesta non si figura come concorrenziale con l'attività propria dell'Azienda e che la richiesta non ha ad oggetto incarichi in favore di soggetti o enti con i quali il dipendente interessato o la struttura operativa intrattiene rapporti istituzionali. Nello specifico non sono in corso rapporti economici, personali o familiari con il soggetto richiedente (o sue partecipate o controllate) quali consulenza, possesso di azioni, perizie retribuite, licenze o altro, tali da generare un potenziale conflitto di interessi.*